314

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 9 Juillet 1908, à 1 heure

PAR

Émile BOURGOIN

DES

KYSTES PARADENTAIRES

Leur Traitement par l'Enucléation

Président : M. ALBARRAN, *professeur*

Juges { MM. QUÉNU, *professeur*
MARION, *agrégé*
AUVRAY, *agrégé*

LANE MEDICAL LIBRARY SAN FRANCISCO

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, rue Casimir-Delavigne, 1
—
1908

36703

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUENU
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Gilbert BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU BERGER RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RICHEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fer.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des travaux anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A cette heure où je vais devoir voler de mes propres ailes, et ne plus compter que sur moi pour gravir la pénible montée de l'existence, je ne suis pas sans m'effrayer un peu de ce que sera ma vie plus tard.

Puisse l'exemple de mon père me profiter, et qu'il me soit possible d'avoir comme lui les caractères de droiture, de dévouement et d'altruisme qu'il a toujours montrés. Le souvenir de son courage au travail, de sa volonté, de son énergie, me sera dans les heures de désarroi un soutien moral et un engagement à marcher, comme lui, toujours, vers le devoir.

De ma mère je veux garder ce sentiment dont nous avons tant besoin : la douceur. Et si je dois ici la remercier de m'avoir déjà bien souvent ouvert ses bras pour les consolations, je veux lui dire encore qu'à mes heures tristes j'irai me reposer en l'affection de son cœur si dévoué.

C'est un devoir bien doux que je remplis en dédiant ma thèse à mon père et à ma mère ; qu'ils acceptent sous cette forme, un hommage (bien petit pour ce que je leur dois) de ma reconnaissance, de mon affection, de ma piété filiale.

Je devrais remercier chacun de mes maîtres tant à l'Ecole de Dijon qu'à la Faculté de Paris ; je ne sais auquel je dois le plus, à tous je dois d'avantage que je ne saurais le dire.

Je prie mon maître, le professeur Albarran de recevoir tous mes remerciements pour l'honneur qu'il m'accorde en voulant bien accepter la présidence de cette thèse.

Des Kystes Paradentaires

Leur traitement par l'énucléation

HISTORIQUE ET PATHOGÉNIE

Jusqu'en 1860, époque à laquelle MAGITOT écrivit son mémoire sur les tumeurs du périoste dentaire, qu'il présentait à la Société de Chirurgie de Paris, la question des kystes dentaires n'avait eu aucune solution, on avait quelques observations de kystes des mâchoires mais elles étaient tronquées, incomplètes. La plupart des observateurs ne s'étaient nullement occupés de la question pathogénie et s'étaient bornés à présenter des faits sans histoire, sans antécédents, sans mention d'indication d'anatomie et de physiologie pathologique. Le mémoire de MAGITOT fut on peut dire le point de départ des études sur ce sujet.

Pour MAGITOT le kyste serait *le résultat d'une inflammation du périoste alvéolo-dentaire.* Dans un certain nombre de circonstances la tumeur prendrait naissance dans l'intervalle des racines, envahirait la cloison osseuse qui

les sépare et trouverait ainsi une disposition favorable à son développement ; dans d'autres cas après avoir débuté sur un point limité du tissu, elle envahirait de proche en proche une grande partie ou la totalité de la membrane périostale et se développerait ainsi plutôt en surface qu'en épaisseur, *paraissant alors constituer une simple hypertrophie générale plutôt qu'une véritable tumeur.* « Quoiqu'il en soit, dit-il encore, la substance même du périoste plus ou moins modifié forme constamment la trame et la base principale de l'altération. C'est donc toujours dans son tissu que se trouvent inclus les éléments de la production morbide. L'étiologie des kystes du périoste serait donc très simple pour lui. La cause éloignée serait constamment la carie dentaire dont l'envahissement aurait modifié profondément la vitalité de l'organe, survienne une inflammation consécutive du périoste, du pus se produirait, et, n'ayant pas d'issue par la face profonde de la membrane pas plus que par le canal dentaire oblitéré ni par l'alvéole, il s'accumulerait en une poche close de toute part.

Ainsi, pour Magitot il n'existerait pas aux maxillaires de kystes indépendants du système dentaire, c'était déjà pour la date 1860 un grand pas de fait, dans cette pathologie spéciale si l'on se souvient qu'avant cet auteur, Scultet en 1654 n'avait fait que parler de « ces tumeurs liquides, qui une fois ponctionnées, laissaient écouler un liquide jaune comme le miel », Rungue en 1750 que de supposer qu'il pouvait exister des rapports entre les kystes et le système dentaire.

Dupuytren plus tard étudia bien les kystes au point de

vue clinique, mais il n'en fit guère qu'une séparation des autres tumeurs de la région.

Seul Diday en 1839 faisait quelques timides suppositions sur les liens qui pouvaient rattacher le kyste de la mâchoire avec une altération du bulbe dentaire. Plus tard Forget, en 1840 s'occupait encore de la question, mais s'attachait plutôt à faire une classification qui restait intacte jusqu'à nous. Il reconnaissait les kystes uniloculaires et les kystes multiloculaires.

Après Magitot, Broca dans le *Traité des tumeurs*, (1869), venait affirmer l'origine dentaire de tous les kystes des mâchoires. Il parlait le premier du développement de la tumeur aux dépens du follicule dentaire. Magitot adoptait cette théorie, mais il n'acceptait pas cette étiologie unique et continuait à défendre sa théorie *des kystes périostiques*.

Dans sa discussion avec Verneuil, Sée, Forget il explique ce qu'il désigne par kyste périostique ou alvéolo-dentaire et kyste folliculaire.

En 1881 Chavrot expose pour la première fois les idées de Malassez qui trois ans plus tard explique lui-même l'existence de débris épithéliaux (provenant des bourgeonnements du fœtus) dans le ligament alvéolo-dentaire et dans le derme de la gencive. Albarran, son élève, apporte de son côté des matériaux nouveaux pour étayer l'opinion de son maître et en 1888 par sa superbe étude de la *Revue de Chirurgie* la *théorie paradentaire* s'établissait d'une façon définitive. Il donnait la structure du ligament alvéolo-dentaire, étudiait les *débris paradentaires* de Malassez et fixait les grandes lignes de dentitions de remplacement. Nous appre-

nions qu'après la dent définitive succédant à la dent de lait on trouvait un nouveau bourgeon de remplacement, représentant une ébauche de troisième dentition, mais qui n'arrivait chez l'homme qu'exceptionnellement à constituer une dent. Beaucoup d'autres bourgeons semblables à ce dernier existeraient en même temps et disparaîtraient en partie. Les résidus en seraient les *débris paradentaires* de Malassez.

Après avoir fait l'étude de l'alvéole de la dent de remplacement, du *gubernaculum dentis* et exposé le mécanisme de la poussée de la dent de remplacement, Albarran concluait qu'il fallait rechercher l'origine des kystes des mâchoires :

1° Dans l'épithélium pavimenteux, ou adamantin de la gencive ou de ses dérivés ;

2° Dans l'épithélium cilyndrique vibratile et caliciforme du sinus maxillaire ;

3° Dans les glandes muqueuses de la muqueuse buccale et de la muqueuse du sinus.

Il partageait les kystes de la mâchoire en :

a) Epithéliomas kystiques dermoides :

α) A revêtement pavimenteux ;

) A revêtement adamantin ;

b) Epithéliomas kystiques mucoïdes :

α) A revêtement caliciforme ;

β) A revêtement vibratile

éclairant enfin les esprits et faisant disparaître d'un coup la confusion où nous avaient jetés les théories préexistantes.

Il nous apprend ensuite comment aboutit la formation

d'un kyste dentifère. *L'iter dentis*, qui constitue un canal préformé pour la dent à sortir peut, à la suite d'une malformation, se trouver oblitéré ou dévié. Lorsque la racine se développera elle ne sera plus guidée pour sortir de son alvéole, elle pressera alors sur la partie la plus large du *gubernaculum*, endroit où les *débris paradentaires* sont le plus abondants. Ces derniers vont proliférer et cette irritation se terminera par le développement plus considérable de cet épithélium. Il va tendre à reprendre sa forme typique de revêtement et aboutira ensuite à la formation d'un kyste.

Comme critérium de sa théorie, Albarran nous fait remarquer que les incisives et les canines, dents le plus rarement atteintes de kystes dentifères, sont justement celles qui nous offrent un canal large ; qu'au contraire on rencontre très fréquemment pour ne pas dire presque toujours les kystes sur les racines des molaires dont le canal est beaucoup plus étroit. Quant aux kystes multiloculaires, Albarran nous dit que dans certains cas les *débris paradentaires* peuvent en être le point de départ, mais que dans bien d'autres cas, les tumeurs naissent de l'épithélium de la gencive et que ces deux modes pathogéniques se combinent pour donner naissance à la néoplasie.

L'origine *paradentaire* des kystes est donc d'après Albarran définitivement établie ; cet auteur analyse et discute les travaux d'Eve en *Angleterre* qui proposait une origine gingivale aux tumeurs kystiques des dents par prolifération de l'épithélium de la gencive ; la théorie de Mickulicz en *Allemagne* d'après laquelle une invagination ectoder-

mique datant de l'époque embryonnaire serait la cause du kyste et toutes les études parues ensuite sur la question ne font que confirmer la théorie de MALASSEZ en apportant à son élève ALBARRAN de nouvelles preuves de son exacte interprétation.

En résumé la *prolifération des débris épithéliaux paradentaires* serait due, dans la théorie de MALASSEZ à leur irritation par des agents infectieux résorbés au niveau d'une carie dentaire, kystes non congénitaux, ou radiculodentaire, ou à un trouble d'évolution des dents dont la principale raison rejaillirait sur la malformation *du gubernaculum dentis*. Cette variété donnerait les kystes congénitaux.

Dans les deux catégories on trouverait des kystes uniloculaires et des kystes multiloculaires.

Enfin à une époque bien plus rapprochée. REDIER, de Lille, faisait à la Société de Stomatologie, 1907, une communication nouvelle sur la pathogénie des kystes radiculodentaires. De l'ensemble de ses observations macroscopiques et microscopiques, il résultait que dans les cas d'arthrite chronique du sommet de la racine, on observait constamment une néoplasie formant une tumeur globuleuse pouvant affecter l'un des quatres types suivants :

1° Granulome simple ;

2° Granulome avec bourgeonnement épithélial ;

3° Granulome abcédé avec paroi simple ou contenant des bourgeons épithéliaux ;

4° Granulome kystique avec paroi épithéliale.

Dans deux tiers des cas il aurait trouvé le granulome kystique et les conséquences qu'il tire de ses examens,

sont que les petits kystes radiculaires ou appendiculaires peuvent devenir les kystes volumineux, c'est un point très important au point de vue pronostic et nous en tirerons plus loin une ligne de conduite rigoureuse pour conseiller l'opération.

Nous trouvons encore dans la communication de Redier un argument de plus pour étayer l'affirmation que nous ferons plus loin d'avoir trouvé des kystes sur des dents sans carie. Il suffit en effet que la pulpe soit intéressée d'une façon ou d'une autre pour que, par l'intermédiaire du canal radiculaire il se produise une arthrite localisée au sommet. La conséquence éloignée en sera la production d'un granulome et deux cas peuvent alors s'observer : ou la suppuration à l'extérieur ou l'enkystement.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes des kystes *paradentaires* sont trop variés pour qu'on puisse en faire une description typique, on pourrait dire qu'avec chaque tumeur on a des signes différents. Les périodes de début, d'état, les formes cliniques, les complications n'ont aucun rapport avec le siège, pas plus qu'avec le volume de la tumeur et l'on ne pourrait, pour donner un type de description, que choisir un cas particulier.

En effet, d'après les publications récentes, les différentes formes de kyste reconnaîtraient toutes une même étiologie et, depuis le kyste radiculaire trouvé à l'apex d'une racine jusqu'au kyste volumineux et déformant, on ne parcourrait que les différents stades d'un même processus. Ces transformations, d'après Rediер passeraient par : infection, inflammation, périodontite, granulome simple avec ou sans bourgeonnement épithélial puis granulome abcédé, puis granulome kystique ; l'affection, pouvant au demeurant s'arrêter à chacun des stades en question.

En règle générale, le début est insidieux, le malade croit être sujet à des névralgies qu'il attribue ou n'attribue pas à des caries dentaires. Il a des dents en plus ou moins mauvais état, souvent un dépôt de tartre assez épais au niveau de la gencive, indiquant que la mastica-

tion commence à devenir douloureuse du côté correspondant et que la trituration des aliments ne se fait plus que du côté sain.

Il a, dans certains cas, un peu de sensibilité au chaud et au froid, mais ces symptômes légers l'inquiètent peu et il est rare de pouvoir constater le début d'un kyste dentaire ou même le commencement de son évolution, si l'on ajoute à la difficulté d'en assurer à ce moment le diagnostic, le peu de soucis que prennent généralement les malades de faire visiter leur bouche à époque fixe et rapprochée. On comprendra bien aisément qu'il soit impossible dans de nombreux cas d'affirmer ou de nier la présence d'un kyste, lorsque nous aurons dit qu'on les découvre encore assez fréquemment après une extraction dentaire et que jusqu'alors, rien n'avait pu faire supposer leur existence. Souvent on enlève une dent qui avait ou n'avait pas été soignée. Cette dent ne présentait dans l'un ou l'autre cas que les symptômes de la carie dentaire et l'on trouvait sur une de ses racines, ou le point d'implantation d'un kyste, ou un kyste tout entier ou encore des cristaux de cholestérine indiquant d'une façon nette la présence de la tumeur que signait quelques instants après l'écoulement du liquide kystique. Nous avons même vu un petit kyste fixé sur la racine d'une dent cassée accidentellement et qu'on enlevait pour placer un appareil de prothèse. Jamais la malade n'avait accusé de douleurs dans la région de la dent intéressée.

De pareils faits ont été très discutés. Beaucoup d'auteurs n'admettaient pas le kyste sans carie dentaire préexistante, nous verrons cependant plus loin que certains

moyens mécaniques, par exemple l'irritation répétée que cause la mastication sur une dent un peu plus longue que ses voisines peut déterminer en dehors de toute carie, la formation d'un kyste à ses dépens.

Pour faire le diagnostic de la tumeur, si nous nous plaçons au point de vue douleur, nous constaterons que seuls les kystes de petit volume ont une évolution insidieuse et cependant on cite des malades porteurs de kystes relativement petits et dont les douleurs allaient jusqu'à revêtir le caractère d'accidents névralgiques sur une ou plusieurs ramifications de la cinquième paire. Il peut même arriver de songer à la possibilité d'une névralgie faciale simple, ces symptômes n'excluant pas, dans certains cas, la petite dimension de la tumeur qui en est l'origine. Peu à peu viennent s'ajouter les manifestations locales qui, elles alors, ne laissent que très difficilement des doutes sur la cause réelle de la maladie. Ces symptômes locaux existent soit simultanément, soit isolément et en règle presque constante, les douleurs névralgiques ne se montrent qu'après ces précédentes : douleur sourdre dans la mâchoire, sensation de gêne intéressant la couronne de la dent, son collet et la partie gingivale voisine. Le malade appuie la pointe de la langue sur la dent et en exerçant sur celle-ci des pressions lentes et graduées, il arrive dans certains cas à faire disparaître cette sensation pour un instant, et dans certains autres à exagérer sa sensibilité. Cette douleur, quand elle existe, est profonde, mais faible ; elle devient plus insupportable par sa persistance que par son intensité. Ce caractère fait que le malade cherche soit avec ses doigts, soit avec sa langue à en modifier l'état.

Il arrive surtout dans les kystes des dents du bas de trouver les ganglions engorgés. Cette adénopathie évolue avec la tumeur, régressant ou s'exagérant avec la marche du kyste. On constate parfois des phénomènes douloureux sympathiques du côté opposé, mais nous n'avons vu ce symptôme relaté que dans deux observations.

Magitot a eu un malade accusant des points douloureux cutanés siégeant sur divers endroits de la face et affectant le caractère névralgique, mais n'ayant pas toutefois une ressemblance bien exacte avec cette affection dont nous parlions précédemment. Les douleurs sont plus vagues, plus fugaces, plus mobiles, changeant fréquemment de région comme si les territoires de plusieurs vaisseaux nerveux étaient tour à tour intéressés.

Ces phénomènes, douloureux, soit qu'ils revêtent l'allure d'une névralgie essentielle, ou qu'ils prennent pour siège la dent malade, peuvent s'exaspérer sous certaines influences et revêtir l'aspect de crises de durée variable. Ces causes provocatrices peuvent être un choc sur la dent malade, un changement brusque de température. (Quoique certains auteurs aient prétendu que la sensation de froid ou de chaud, ne modifiait pas la douleur, que seules révélaient la percussion et la mastication).

La douleur locale s'exagère vite, la racine mobilisée, et par la pression de la tumeur contre les parois de l'alvéole et par l'accumulation de sérosité dans cette cavité, rend la dent douloureuse au moindre ébranlement. Le froid causerait paraît-il, une impression moins pénible que le chaud, la mastication dans certains cas serait impossible du côté intéressé.

Peu à peu la dent se dévie, la gencive s'altère de plus en plus, devient rouge, saignante, à la pression et à la succion, se décolle du pourtour de la dent, et fréquemment l'infection s'installe sur ce terrain préparé. Bien des stomatites ne reconnaissent, comme cause, que l'envahissement successif de la muqueuse gingivale des dents voisines ; le point de départ étant le décollement de la gencive autour de la dent malade. On voit à ce stade les symptômes inflammatoires revêtir un caractère spécialement grave, la joue quelquefois se tuméfie, devient douloureuse à la pression, la dent altérée devient très mobile dans son alvéole, sa couronne arrive à dépasser de plusieurs millimètres le niveau des couronnes adjacentes et l'articulation n'est plus possible. La percussion pratiquée sur la dent avec un instrument métallique donne souvent un son plus mat facilement perceptible par comparaison avec les dents voisines.

Tous ces symptômes, et en particulier la douleur spontanée ou provoquée avec ou sans irradiations dans les régions voisines, la mobilisation de la dent dans son alvéole n'ont pas une relation nécessaire avec la situation, les dimensions, l'état du contenu du kyste, sa fistulisation ou son intégrité. Chacune de ces formes cliniques a des symptômes différents avec chaque variété.

En règle presque constante, la tumeur s'accroît aux dépens de la table externe des maxillaires. Le malade s'aperçoit de la présence du kyste lorsque celui-ci atteint le volume d'une lentille. Il le sent progresser de façon régulière et remarque parfois une légère tuméfaction de la joue et de la gencive. La lésion de la joue va disparaître bientôt, mais

la tuméfaction de la gencive persistant, le malade vient consulter.

En soulevant la lèvre, on aperçoit la saillie que fait la tumeur dans le sillon jugo labial. La muqueuse est légèrement changée de teinte, on constate un soulèvement du tissu gingival. Le volume de la tumeur varie dans les cas ordinaires d'un pois à une noix.

Au palper, on a la sensation d'une grosseur plus ou moins profondément située. La pulpe de l'index promenée sur la gencive de la dent malade sent la saillie du volume variable. La palpation permet encore de contrôler l'inspection, elle indique la mobilité ou l'adhérence, la communication avec une autre poche ou l'isolement du kyste. Elle révèle fréquemment sa fistulisation soit latérale dans la gencive, elle-même, soit dans le canal dentaire, soit dans l'alvéole. Dans les cas de kystes fistulisés on voit immédiatement sourdre le contenu généralement infecté. Le pus n'a pas de caractères bien spéciaux ; il varie avec chaque tumeur, tantôt il est jaunâtre, bien lié, tantôt strié de sang tantôt il a davantage l'aspect de sécrétion muqueuse, il est plus fluide, plus visqueux, surtout lorsqu'on est au début de la fistulisation.

Dans le cas de kyste non ouvert, un ou deux doigts permettent de sentir la fluctuation, l'état de tension du contenu et de déterminer aussi l'épaisseur de la paroi (signe de crépitation parcheminée de Dupuytren, rénittence, fluctuation suivant le contenu de la tumeur qui généralement se trouve être un liquide ou citrin ou purulent, jamais muqueux, toujours chargé de cholestérine lorsque le kyste est fermé).

La cholestérine se trouve sous forme de paillettes de cristallisation assez régulière, leur forme macroscopique ressemble assez à des écailles de poisson, leur cristallisation à forme invariable, parallèlogrammatique les fait vite reconnaître sur le champ du microscope. Lorsqu'on trouve du pus dans la poche kystique, on peut être autorisé à croire avec certains auteurs (Jacques *de Nancy* en particulier) que l'infection a pu se faire par voie ascendante ; une occlusion secondaire ayant lieu après ouverture accidentelle cause ou mieux source de l'infection.

Suivant les dents intéressées, les rapports de la tumeur varient. Dans l'observation de Raoult, on voit la tumeur faisant saillie au niveau de la lèvre supérieure repoussant en avant la partie externe de l'aile du nez, effaçant les sillons naso-labial et naso-jugal gauche. « En relevant la lèvre supérieure on retrouve cette saillie au niveau de la fosse canine gauche qu'elle comble. A l'examen rhinoscopique en constate la présence de la partie supérieure de la même masse faisant saillie au point de jonction de l'orifice postérieur de la narine et de l'entrée de la fosse nasale gauche ; elle soulève la muqueuse et forme un relief comparable à celui que formerait la moitié d'une cerise.

Ces rapports peuvent se modifier avec chaque tumeur ; tantôt le kyste se développe en avant et envahit la fosse nasale, tantôt il gagne la région malaire ou s'étend en arrière jusque dans l'espace ptérygo-maxillaire.

Le voisinage de certaines dents avec le sinus maxillaire devra nous dicter un pronostic un peu plus sérieux que pour les kystes de la région antérieure du maxillaire. La question des rapports des kystes dentaires avec le sinus

du maxillaire supérieur a été traité par MICHEL dans la *Revue hebdomadaire de Laryngologie* de mars 1900, nous en citerons ici les conclusions :

« Les rapports des kystes dentaires avec le sinus maxillaire sont variables, il nous a semblé qu'on peut les ramener à deux types correspondant à deux catégories distinctes du maxillaire supérieur : les antérieurs et les postérieurs. Les kystes qui se développent au niveau des incisives, des canines, des prémolaires : kystes antérieurs, sont des kystes à évolution externe, à développement facial ; ils refoulent devant eux la table externe du maxillaire et se trouvent situés entre cette table et la table interne. Ils n'ont que des rapports de contiguité avec le sinus.

Les kystes postérieurs, ceux qui se développent aux dépens des grosses molaires ont des rapports plus intimes avec l'antre d'Highmore, ces kystes, en augmentant progressivement de volume repoussent devant eux le plancher du sinus et se développent dans sa cavité qu'ils effacent petit à petit ; ou bien grâce à une perforation de ce plancher, fait que nous croyons très rare, ils peuvent envahir la cavité sinusienne et y épancher leur contenu

Des faits incontestables sont venus en effet démontrer la possibilité de l'évacuation spontanée de la tumeur alvéolaire par l'antre d'Highmore ; nous ne saurions toutefois accorder à cette éventualité d'autre valeur que celle d'une exception, nous pourrions dire d'un accident. »

Quoique on observe fréquemment des kystes à évolution mixte gagnant, en même temps que le sinus, les fosses nasales ou déformant plus ou moins la face par leur

prolifération à l'extérieur, il reste peu à retoucher dans cette classification.

Si l'on se trouve en présence d'un kyste multiloculaire, siégeant plus fréquemment sur le maxillaire inférieur, on trouvera toujours la tendance à faire saillie sur la face externe de l'os, mais on aura en plus la sensation d'une masse à plusieurs lobes, irrégulière, autant comme induration que comme étendue. L'évolution est très rapide. En peu de semaines, la tumeur atteint un volume considérable. Le Dentu cite le cas d'un kyste occupant toute la branche horizontale gauche de l'angle du maxillaire inférieur.

MARCHES. COMPLICATIONS

On peut dire en règle générale que la marche des kystes est éminemment chronique. Beaucoup de malades ne présentent guère qu'une tumeur du volume d'une petite noix alors que depuis trois et quatre ans ils accusent des douleurs pathognomoniques du kyste, et que d'après les renseignements qu'ils nous donnent on peut acquérir la presque certitude que la tumeur évolue de longue date. Il arrive, quelquefois, dit le sujet, que les poussées successives ont fait évoluer la tumeur par période, laissant entre les crises, des intervalles de plusieurs semaines, plusieurs mois même, sans manifestation douloureuse. Mais que la tumeur évolue par période régulière, suivie. ou avec des alternatives de rémission et d'exacerbation, on ne constate jamais de régression ni de guérison spontanée.

Il se peut que le kyste s'ouvre de lui-même et plusieurs cas alors peuvent se présenter. Le fait s'observe quelquefois à la suite d'un traumatisme direct, chute, coup de poing, mais il arrive plus fréquemment que l'extraction simple d'une dent dont les racines sont en communication avec la poche kystique favorise l'écoulement du contenu. Dans ces deux hypothèses l'ouverture se referme quelque-

fois spontanément ; dans d'autres cas, il se produit un trajet fistuleux et consécutivement l'infection de la poche kystique. Une autre cause de l'évacuation spontanée du kyste est la suppuration *in situ* de la tumeur. Cette suppuration serait causée par la pénétration dans le pédicule du kyste, des microbes de la carie dentaire ou de l'infection de voisinage existant si souvent sur la paroi gingivale alors même que le contenu du kyste était aseptique. Nous avons vu à l'hôpital Laënnec dans le service de consultation dentaire de notre maître le Dr Pitsch une jeune femme qui présentait un trajet fistuleux au niveau de ses prémolaires droites dont l'extraction avait été faite deux années avant sa visite dans le service. Ces deux dents auraient été, bien que saines disait-elle, enlevées dans la campagne où elle habitait, pour essayer de tarir une fistule qui existait depuis plus de six mois déjà. Lorsque nous l'avons examinée, après avoir reconnu l trajet de la fistule nous tombions dans une cavité du volume d'une grosse noisette : la poche de son kyste qu'elle éliminait par suppuration. Nous aurions voulu prendre son observation complète et l'opérer, la malade ne s'est plus représentée à la consultation.

Il peut bien arriver que cette malade se guérisse au bout d'un certain temps mais il se peut aussi comme nous le verrons plus loin que la fistule reste intarissable et suinte, soit continuellement, soit avec des arrêts de plus ou moins longue durée.

Dans les kystes voisins du sinus, le pus, au lieu de fuser à l'extérieur, peut progressivement repousser et distendre la mince paroi osseuse qui sépare la cavité du sinus maxil-

laire et faire irruption dans ce dernier Magitot niait la possibilité d'une semblable complication, Albarran en a réuni les dix premières observations. Les signes du kyste s'effacent alors devant ceux de l'empyème aigu du sinus, la tension a disparu dans la poche, on n'a plus au toucher la sensation de la masse globuleuse, rénittente que donnait la tumeur avant son ouverture, mais par contre, on trouve un écoulement purulent et fétide du côté du nez. Les douleurs ne sont pas constantes. L'examen du sinus en chambre noire avec une lampe électrique dans la bouche montre le sinus sain éclairé alors que le sinus malade reste sombre ; *c'est le signe de Héring.*

Ces sinusites purulentes peuvent s'étendre aux autres sinus de la face (frontal, cellules ethmoïdales) et même servir de point de départ à une méningite ou à un abcès du cerveau.

La question de la récidive du kyste une fois opérée, n'existe plus si l'on procède avec la méthode de notre maître, le docteur Rodier, méthode que nous indiquerons à la fin de notre travail. Le point essentiel est d'énucléer complètement la poche kystique Quant aux résultats post-opératoires, on verra combien ils sont heureux aussi bien immédiatement après l'intervention que dans un temps très éloigné.

DIAGNOSTIC

Nous avons vu que d'après les symptômes mêmes du kyste dentaire, le diagnostic peut en être excessivement difficile. Il est même impossible chez bien des malades, nous voulons parler des petits kystes appendiculaires, des kystes radiculaires occupant l'apex ou siégeant sur l'une ou l'autre face de la racine, mais que leur petit volume ne nous permet pas de déceler. Quant aux douleurs locales qu'ils sont susceptibles d'engendrer, on est dans bien des cas autorisé à les reporter sur le compte d'une carie de la dent intéressée ou même d'une carie voisine de la dent en question, puisque nous avons déjà établi que dans certains cas, on trouverait des dents absolument saines avec des kystes sur leurs racines. Les cas sont rares, nous le répétons, mais ils existent. Nous trouvons le cas relaté dans le *Manuel de pathologie externe* de KIRMISSON, tome II, page 631, et au Congrès de stomatologie, dans sa discussion avec REDIER, NUYTZ parle d'un kyste de la canine *sans carie de la dent en question.*

Cette dent mordait bout à bout sur la dent opposante et le traumatisme aurait pu dans ce cas être la seule cause de la formation du kyste.

Pour ces kystes de petit volume, certains auteurs recom-

mandent de traiter les caries commençantes avec minutie, de vérifier les obturations si elles ont été déjà faites et d'attendre. Les phénomènes douloureux persisteraient-ils ? Ils penseraient à un kyste s'il existait de la mobilité de la dent avec ces douleurs localisées que rien n'expliquerait plus. Ils citent aussi la difficulté qu'aurait l'opérateur à tarir le suintement, s'écoulant à l'intérieur des canaux pendant l'obturation, mais ces deux symptômes s'appliquent également à l'arthrite alvéolo-dentaire et nous ne devons pas en faire des signes pathognomoniques des kystes.

Jacques *de Nancy* recommande, lorsqu'on suppose la présence d'un kyste appendiculaire au stade latent, de faire la transillumination électrique ou cathodique du rempart alvéolaire, on constaterait un évidement localisé de l'os sous forme d'une tache claire plus ou moins étendue, ce sont là des moyens peu pratiqués.

A un développement plus avancé, les conditions changent du tout au tout. Et dès que le doigt peut sentir la tumeur l'effort est bien simplifié pour faire le diagnostic différentiel des affections qui se rapprochent du kyste.

Nous envisagerons ce diagnostic de façon différente, suivant que nous aurons à faire à une tumeur intégrale ou à une tumeur abcédée et fistutisée.

On interrogra d'abord le malade sur la date de début. Il a généralement remarqué l'augmentation de la gencive. La formation de sa tumeur à son premier stade et la plus ou moins grande rapidité de la marche seront déjà un élément de diagnostic. Les tumeurs malignes : carcinomes, épithéliomas, sarcomes ont une *évolution rapide*. Les gan-

glions sont toujours envahis et la tumeur a une répercussion presque immédiate sur l'état général.

Dans le carcinome, les ganglions lymphatiques correspondant à la région atteinte durcissent et se transforment en tumeurs secondaires.

Dans le sarcome malin, la surface de la tumeur est inégale, bosselée et le diagnostic est très délicat. On peut avoir la sensation de fluctuation analogue à celle qu'on perçoit dans les kystes, une coloration plus ou moins rouge de la muqueuse, cette teinte se voit également dans le kyste. Seuls l'engorgement ganglionnaire qui est constant, et l'examen microscopique d'une parcelle de la tumeur qu'on prélèvera pourront donner le diagnostic. On notera l'âge du malade ; le sarcome est une affection de l'adolescence, contrairement à l'épithéliome qu'on n'observe guère qu'après quarante-cinq ans.

Il faut également songer aux tumeurs bénignes ; odontome, fibrome, myxome, chondrome.

Ce qui caractérise les odontomes, c'est qu'ils ne se rencontrent que pendant la période de l'évolution dentaire ; d'ordinaire au niveau de l'odontome une ou plusieurs dents font défaut, c'est là un trait caractéristique qui peut fixer le diagnostic d'un odontome restant inclus en plein maxillaire.

L'ostéome est de consistance très dure, parfois rénittente, élastique. Dans le myxome la consistance est molle et fluctuante.

Les fibromes sont bien limités, ils sont indolents et peuvent devenir très volumineux.

On pourrait encore confondre un kyste avec un abcès

dentaire si l'on n'avait pour ces derniers la trilogie de l'infection : rougeur, chaleur, douleur. Ajoutons à ces trois signes la rapidité de l'évolution de l'abcès, sa fluctuation superficielle.

Une fois le kyste ouvert le diagnostic est simplifié. on pourra confondre, dans certains cas seulement, avec une sinusite. En effet, le kyste a pu s'ouvrir à son point de contact avec le sinus, perforer la cloison et déverser son contenu dans la cavité sinusienne. Il y a communication avec les fosses nasales. Une injection poussée dans la cavité kystique le démontre aisément.

La fistule s'est-elle établie dans la gencive ? on reconnaîtra le trajet à l'aide d'un stylet dont l'extrémité pourra explorer la cavité kystique dans laquelle ballottera l'instrument.

Dans tous les cas où subsistera quelque doute pour le diagnostic d'une tumeur du maxillaire, il y aura utilité à ponctionner la cavité. On se trouvera en présence d'un kyste lorsque la seringue de Pravaz retirera un liquide clair, citrin ou filant, ou louche, et le diagnostic sera certain lorsqu'on ramènera en suspension, dans le liquide, des cristaux de cholestérine.

Il est en effet indispensable d'avoir un diagnostic bien assis, et de ne pas entreprendre le traitement chirurgical d'uue tumeur autre qu'un kyste, avec le matériel opératoire simplifié dont nous allons parler plus loin et les préparatifs sommaires que réclame une intervention relativement bénigne.

TRAITEMENT

La question du traitement des kystes a été et reste encore une question irrésolue mais il ressort clairement de tous les cas examinés qu'on ne peut être à l'abri de toutes les récidives qu'à la condition expresse de détruire chirurgicalement la membrane épithéliale constituant la paroi interne de revêtement du kyste.

Le fait d'avoir vu certains kystes s'éliminer par suppuration à la suite d'extraction de la racine en cause a fait rechercher la production de cette suppuration. Certains auteurs recommandent les injections modificatrices ou les badigeonnages simples avec ces mêmes solutions. On a eu des résultats quelquefois satisfaisants avec cette méthode, mais nous ne pouvons pas mieux comparer cette intervention et celle dont nous avons à donner tout à l'heure la réglementation, qu'avec l'injection iodée d'une part et, d'autre part le retournement de la vaginale dans l'hydrocèle. Dans la première méthode, le résultat est très incertain tandis que dans la seconde, on fait une cure radicale qui préserve des complications et des récidives.

Nous avons trouvé aussi des partisans de l'incision simple, d'autres ajoutent le drainage de la cavité après l'ouverture.

Toutes ces méthodes, si elles ne sont pas absolument inefficaces, ne donnent au moins qu'un résultat par trop irrégulier pour qu'on en puisse attendre satisfaction. On a eu des guérisons avec ces méthodes ; des guérisons définitives, c'est un fait acquis mais les insuccès sont malheureusement trop nombreux et les récidives trop fréquentes pour qu'on puisse choisir un autre procédé que celui du Dr Rodier dont la technique est plus loin, nous voulons parler de *l'énucléation du kyste.*

Dès qu'un kyste a été diagnostiqué il faut intervenir. Jamais un kyste une fois formé n'a regressé de lui-même.

L'évolution ne peut se faire que de deux façons : ou la tumeur va s'étendre et déformer la face, ébranler d'autres dents voisines (comme nous le verrons dans les observations qui suivent), en un mot être la cause de désordres graves, ou alors la poche va s'ouvrir spontanément et suppurer pendant un temps très prolongé. Le malade a l'haleine fétide, le pus suinte continuellement dans la journée. Pendant le sommeil, le malade ne faisant aucun mouvement des lèvres, le pus se collecte dans la cavité, puis finit par s'écouler dans la bouche où il séjourne et donne à l'haleine une odeur repoussante. En un mot *dans aucun cas nous ne devons attendre une guérison spontanée*, nous n'appelons pas en effet guérison l'élimination du kyste qui peut quelquefois se faire complète par suppuration mais, seulement au bout de plusieurs mois et même plusieurs années. Nous serons d'autant plus autorisés à conseiller l'intervention chirurgicale que nous nous souviendrons des exemples de kystes ouverts à l'extérieur ou

encore, quoique les cas en soient rares, des transformations du kyste en tumeur maligne.

Deux cas peuvent se présenter, ou nous avons un malade porteur d'une grosse tumeur, ou le kyste est de petit volume. A notre avis la conduite doit être la même, *on doit toujours faire l'énucléation.*

Dans la thèse de Bouyssou nous voyons qu'on a préconisé la réimplantation après extraction de la dent qui porte un kyste appendiculaire, nous ne nous étendrons pas sur ce procédé dont les préparatifs sont toujours négligés. Les petits kystes donnent parfois les mêmes symptômes que l'alvéolo-dontite. L'altération du ligament alvéolo-dentaire amène l'extraction de la dent lorsque les douleurs n'ont regressé devant aucun traitement, et c'est justement parce que souvent on croit se trouver en présence de cette affection qu'on n'a rien préparé pour la réimplantation. Bref, il faudrait faire le traitement de la dent en dehors de la bouche, supprimer le sommet radiculaire, point d'implantation du kyste, replacer la dent dans son alvéole et procéder à la fixation.

Cette opération est compliquée et donne de mauvais résultats. Il se passe du côté de la racine et du côté de l'alvéole des phénomènes de résorptions qui amènent l'expulsion de la dent au bout d'un temps généralement assez court.

Un autre procédé pour les kystes de petit volume consiste dans la trépanation de l'alvéole pour arriver sur le kyste, section de son pédicule et même résection de la portion de racine où s'implantait la tumeur.

Pont *de Lyon* essaya de traiter les kystes au moyen de

la cataphorèse, il cite trois observations, dont une, où la guérison fut complète au bout de douze jours. Nous devons ajouter qu'il ne faisait que soupçonner un kyste appendiculaire, il en trouvait toute la symptomatologie, mais en lisant ses observations on a l'impression qu'on pourrait aussi bien se trouver en présence d'arthrites alvéolo-dentaires.

En un mot, pour les kystes de petit volume, aucun de ces procédés n'est recommandable. Le premier parce que trop compliqué, le second parce que d'une application difficile (*il est presque impossible de déterminer exactement le point de trépanation pour arriver sur l'apex*), le troisième parce qu'incertain.

En 1728 Fauchard préconise pour les kystes de toute dimension l'extraction simple. L'ouverture du kyste, l'écoulement de son contenu, la suppuration de la poche amenaient quelquefois la guérison, nous avons dit déjà combien ce traitement qui en somme n'en n'est pas un avait d'inconvénients pour le malade. Un point important est déjà qu'il entraîne fréquemment la récidive du kyste, en outre la suppuration est souvent très longue.

Les résultats de cette méthode amenèrent les opérateurs à user des solutions modificatrices dont nous avons déjà parlé, disons tout de suite qu'on eut de meilleurs résultats. Ils ne furent pas absolument parfaits, mais on eut des guérisons tout de même plus nombreuses.

Après extraction de la dent qui mettait en communication avec le kyste, on faisait à l'intérieur de la poche un badigeonnage de teinture d'iode : il se faisait un travail

de réaction intense s'accompagnant souvent de crises très douloureuses, et la poche détruite s'éliminait.

Le traitement de Rivière est basé sur la même méthode ; ce n'est plus l'iode qu'il emploie mais la créosote.

Dans son compte rendu à la Société de Stomatologie il cite dix observations de malades guéris par un procédé très simple.

Il fait tout d'abord l'extraction de la racine, ensuite avec un thermocautère ou un galvano-cautère, il fait une ouverture à la partie la plus déclive de la tumeur, vide son contenu et à travers l'orifice ainsi pratiqué, fait une cautérisation à la créosote en badigeonnant avec soin toutes les parois du kyste.

Les avantages de sa méthode seraient :

1° Le peu de douleur de l'intervention ;

2° L'inutilité de l'anesthésie générale :

3° La suppression complète du drainage ;

4° La facilité avec laquelle le malade accepte l'intervention.

Nous verrons qu'avec le procédé de Rodier tous ces avantages se retrouvent, d'autres encore s'y ajoutent.

Avec le procédé de l'incision simple de la poche les insuccès sont même plus fréquents qu'avec l'extraction simple ; on retrouve les complications d'occlusion de la fistule, extrême lenteur de l'élimination de la poche et enfin complications septiques. Toutes ces considérations forcent à maintenir ouvert le trajet fistuleux à l'aide de drains de différente nature.

Richet le premier passa un fil en séton dans la cavité.

c'était là une demi-mesure qui ne prévenait guère mieux les complications que nous connaissons.

Magitot commence le drainage du kyste par un fil de soie qu'il remplace le jour suivant par un drain de caoutchouc, puis par un tube métallique *après dix mois de ce traitement la cavité est réduite au tiers de son volume* et plus loin Magitot ajoute : le temps de la guérison ne paraît pas devoir dépasser *deux ans* pour les kystes du volume d'une *grosse noix ou d'une mandarine*.

Le Dr Gourc agrandit l'ouverture alvéolaire avec une fraise spéciale et bourre dans la cavité des mèches de gaze iodoformée qu'il change tous les deux jours, jusqu'à disparition du pus, il fait un appareil de prothèse muni au point de contact avec le kyste, d'une tige de caoutchouc dur destinée à pénétrer dans la cavité pour en empêcher le rétrécissement et la cicatrisation trop rapide. Tous les jours badigeonnage de la cavité à la teinture d'iode, et petit à petit il diminue le volume de la tige obturatrice, laissant aussi la cavité se combler de la profondeur vers la périphérie. Ce procédé a le grand défaut de nécessiter un traitement long et compliqué que le malade repoussera souvent.

Nous ne voulons pas dans ce court travail nous étendre sur tous les modes opératoires qui ont été préconisés jusqu'ici. Nous avons tenu à donner les quelques méthodes précédentes pour montrer que toutes ont des inconvénients, et pouvoir bien faire ressortir tous les avantages de l'opération de Rodier. Nous donnerons les grandes lignes de cette intervention et citerons plusieurs observations obligeamment communiquées par MM. Rodier, Pitsch, Chompret, Fargin Fayolle.

Dans ces derniers temps encore, on a préconisé de nombreux traitements nouveaux des kystes, nous devons dire que tous ont à leur actif une série de guérisons incontestables et définitives, mais nous ne connaissons pas en dehors de la technique de Rodier un seul procédé qui fut plus simple, si ce n'est pour l'opération elle-même, tout au moins pour les soins ultérieurs, et ce second point est d'une extrême importance. Les malades après l'opération peuvent manger sans la moindre gêne, ils sont revus une ou deux fois après l'intervention, ils ont simplement à faire un savonnage de la cavité après chaque repas et guérissent toujours en quelques semaines, sans jamais aucune complication.

Depuis plusieurs années, le Dr Rodier n'a recours qu'à un seul traitement : *l'énucléation de la poche kystique*. Cette opération que nous avons vu pratiquer et que nous avons pratiquée nous-même a été réglée par son auteur dans la *Revue de Stomatologie* où nous en empruntons les grandes lignes de description. Elle comprend plusieurs temps qui sont :

L'anesthésie, l'incision, la décortication, l'extraction ou la conservation des dents, le pansement, les soins consécutifs.

Comme instruments : un bistouri, une paire de ciseaux mousse, une spatule, deux pinces de Péan, deux pinces de Kocher.

L'anesthésie locale est toujours suffisante, on circonscrit la tumeur avec quelques piqûres d'une solution extemporanée de cocaïne et eucaïne par parties égales pour faire du mélange une solution au centième dont on injectera 2 cen-

timètres cubes. On peut ajouter à cette solution du chlorhydrate d'adrénaline qui amènera un peu de vaso-constriction ; certaines énucléations étant la source d'assez abondantes hémorragies.

L'écoulement sanguin gêne de deux façons : il empêche l'opérateur de bien voir le champ et force le malade à cracher souvent ; le sang s'écoulant dans sa bouche où il se transforme en caillots qui gênent la respiration et vont même quelquefois jusqu'à provoquer des nausées.

Les piqûres sont faites sous la voûte palatine ; sur le rebord gingival et en dehors, sous la muqueuse qui recouvre la tumeur. Ces dernières piqûres doivent être très superficielles afin d'éviter la perforation de la poche kystique, cette perforation pourrait faire vider la tumeur et l'on serait très embarrassé ensuite pour en trouver le plan de clivage. Les piqûres terminées, on laisse le malade au repos pendant trois à quatre minutes, puis l'anesthésie une fois obtenue, on fait sur le point le plus saillant de la tumeur deux incisions perpendiculaires l'une à l'autre (incision en potence). Ces incisions doivent être faites lentement et comme pour disséquer la muqueuse jusqu'à ce qu'on arrive sur la poche fibreuse, violacée et plus dure que les tissus superficiels. C'est la membrane kystique.

Lorsqu'on a affaire à un kyste de petit volume, on peut au lieu d'une incision en potence, faire une incision simple, elle suivra le bord inférieur de la tumeur, c'est-à-dire sera autant que possible dans le plan déclive, pour favoriser dans la suite, l'expulsion des débris alimentai-

res qui pourraient entrer dans la cavité et faciliter les lavages.

Une fois l'incision faite, un aide écartera les lambeaux tenus entre les mors de pinces de Péan puis on commencera la décortication. L'opérateur doit avoir la préoccupation constante d'éviter la perforation du kyste.

Cet accident, s'il se produisait au début de l'opération, rendrait l'énucléation beaucoup plus difficile. Une fois le plan de clivage reconnu, la perforation n'a pas le même inconvénient, elle est même indiquée dans certains cas. En effet, lorsque les adhérences du kyste, en avant, ont été détruites et que celles de la paroi postérieure sont difficiles à atteindre, on peut ponctionner la poche. Il sera plus aisé ensuite, en saisissant en masse la tumeur vide et en opérant sur elle des tractions en dehors, d'aller détacher les adhérences de la profondeur. On se sert à cet effet d'instruments mousses, une spatule en métal de 8 à 10 millimètres de large et légèrement incurvée convient très bien pour cet usage, une sonde cannelée ou l'extrémité de ciseaux courbes remplissent encore très bien ces conditions. Un procédé plus simple et tout aussi sûr consiste à garnir l'extrémité de la spatule ou de tout autre instrument d'un petit tampon de coton hydrophile. Ce tampon est foulé entre la paroi et les tissus sous-jacents et promené le plus profondément possible en circonscrivant la tumeur dont il a pour but d'éviter la rupture ainsi que la perforation de la fibro-muqueuse sinusienne. En avant, l'énucléation est facile, car il y a peu ou pas d'adhérences et ce n'est qu'en arrière et dans la profondeur qu'on éprouve de la résistance. Avec un peu d'habitude et beaucoup de douceur,

on parvient à rompre les tissus adhérents, sauf au niveau du rebord alvéolaire où presque toujours la paroi se déchire. C'est au moment de la rupture de ces dernières adhérences que se produit l'hémorragie la plus abondante, un tamponnement de quelques secondes avec du coton stérilisé assure l'hémostase.

En incisant légèrement la gencive, car il n'y a souvent plus de procès alvéolaire, les débris radiculaires peuvent être énucléés avec la partie à laquelle ils restent adhérents.

S'il n'en est pas ainsi, on peut, mais à ce moment seulement, extraire ou conserver les racines et leur appliquer les jours suivants le traitement ordinaire des dents infectées. Ce traitement se trouve facilité dans le cas particulier par la mise à découvert de l'apex.

Lorsque l'énucléation est terminée, on voit dans le fond de la plaie opératoire, la surface osseuse blanche et en arrière presque toujours la fibro-muqueuse sinusienne dont on a eu bien soin d'éviter la perforation. Celle-ci n'a d'ailleurs pas d'autres conséquences que de retarder la cicatrisation absolue de la brèche opératoire.

Lorsque l'hémostase est assurée, et en général l'hémorragie s'arrête d'elle-même aussitôt l'énucléation terminée, on procède au pansement. A l'aide d'un tampon de coton frotté sur un savon ordinaire, on fait un grand lavage de la cavité, ensuite une grande irrigation d'eau bouillie et enfin on termine par un badigeonnage de toute la paroi avec de la teinture d'iode fraîche. Comme soins consécutifs, le malade doit se faire plusieurs fois par jour des savonnages de la cavité avec des bourdonnets de coton hydrophile roulés sur des allumettes en bois et passés sur le

savon qui lui sert pour les mains. Ces savonnages fréquents évitent la mauvaise odeur que pourrait avoir la plaie opératoire, et au bout de quelques jours le bourgeonnement commence. La guérison s'obtient seule en quelques semaines sans qu'on ait à faire le moindre pansement.

Il est cependant utile de faire à cet endroit une petite restriction, on verra plus loin dans les observations qui suivent ce travail qu'il est nécessaire quelquefois d'enlever trois ou quatre jours après l'opération des débris de la tumeur qui passèrent inaperçus au moment de l'intervention. Ces débris de la poche kystique peuvent entraîner un peu de suppuration et laisser pendant les quelques jours suivants mauvais aspect à la plaie opératoire. On ne rencontre ces inconvénients que dans les kystes volumineux où les adhérences sont profondes et difficiles à débrider parce que la tumeur évolue depuis longtemps.

Cet inconvénient est en somme de peu d'importance, il suffit de saisir avec une pince à dents de souris les débris épithéliaux qui passèrent inaperçus et de les enlever soit à la spatule, soit au bistouri.

L'énucléation est surtout recommandable pour les kystes petits et moyens, c'est une opération facile, élégante et rapide ; dans les kystes jeunes, la décortication, le clivage, si l'on veut, se fait très aisément, l'opération n'est ni plus longue ni plus difficile que celle d'un kyste sébacé, et nous choisissons cette comparaison avec intention car on trouve pareillement dans le kyste sébacé plus ou moins de difficultés pour l'énucléation de la poche, suivant que le kyst

est de formation récente, ou qu'il évolue depuis longtemps ou que son contenu est suppuré.

En somme, on peut dire que dans presque tous les cas l'opération de Rodier se fait en quelques minutes. Elle est en général facile et peu douloureuse, les suites opératoires sont simples et la guérison rapide et certaine, sans déformation ou perte de substance appréciable. Elle a le grand avantage d'éviter aux malades des pertes de temps considérables occasionnées par les visites nombreuses que nécessitent les autres traitements.

Résumés d'observations communiquées par le Dr RODIER

I

M. R.T..., vingt-six ans, vient à la consultation de Lariboisière le 25 mars 1908, il a une grosseur du volume d'une belle noisette au niveau de la première prémolaire du haut à droite. D'après le malade, cette grosseur daterait de trois ou quatre ans. Sa tumeur est volumineuse, molle, fluctuente, dépressible, on ne sent pas de parois osseuses antérieures.

Injection de cocaïne, incision cruciale, énucléation avec spatule et coton, peu de sang, presque pas de douleur. Le kyste a été enlevé dans sa totalité, le contenu n'a pas été évacué. (La tumeur est conservée tout entière dans l'alcool.)

Savonnage de la cavité. Sur la face postérieure de la racine de la prémolaire, on constate deux cavités et une résorption assez avancée de la racine dans son ensemble.

Le malade a fait après l'opération des savonnages et des lavages à l'eau oxygénée, il n'a jamais constaté d'odeur désagréable ou de traces de suppuration.

12 avril. — Résection du bord des parois alvéolaires.

15 avril. — En très bonne voie de guérison définitive.

15 juin. — Guérison maintenue.

II

Mme X. L..., soixante ans, nous présente le 6 août 1907 un gros kyste au niveau de la canine du haut à gauche. Cette tumeur est du volume d'une grosse prune Reine-Claude, elle est simplement recouverte par la muqueuse.

Enucléation par la méthode ordinaire. Après injection de cocaïne, incision au bistouri, décollement à la spatule garnie de coton. Grande injection. Savonnage de la cavité.

10 août. — La malade va très bien, on continue les savonnages de la cavité avec des bourdonnets de coton.

25 octobre. — Guérison complète, il persiste une petite tuméfaction au niveau de la deuxième prémolaire du haut à gauche, cette région n'est pas douloureuse, elle n'est formée que par du tissu cicatriciel.

12 mai 1908. —La guérison s'est maintenue et elle n'éprouve plus aucune gêne.

III

M. J..., âgé de vingt-sept ans, vient le 6 mai 1907 à Larboisière. Il nous présente une volumineuse tumeur occupant la région gingivale depuis les incisives du haut à gauche jusqu'au niveau de la première grosse molaire. Cette tumeur aurait débuté il y a quinze mois, paraît-il. On n'y peut pas trouver de fluctuation, la tumeur est au contraire assez dure. En arrière l'os paraît souffé à ce niveau, la tumeur est du volume d'une noix.

Injection de cocaïne. Enucléation par fragmentation de la

poche après incision horizontale, la tumeur est contournée avec une spatule garnie de coton pour chercher le plan de clivage, mais elle se perce en avant et un gros flot de liquide jaunâtre et chargé de cristaux de cholestérine s'écoule par cette ouverture. La poche est attirée au dehors et décollée par gros fragments, puis par plus petits pour terminer. L'opération a été insensible, l'hémorragie presque insignifiante.

La poche du kyste enlevée, on constate que la paroi osseuse du sinus a été refoulée mais non détruite.

Le moulage est pris à la cire, la cavité osseuse mesure 53 millimètres d'avant en arrière, 32 de haut en bas et 28 de dedans en dehors.

Les racines de la canine et de la première prémolaire avaient été extraites avant l'opération, on enlève les racines de la deuxième prémolaire après l'intervention. Dans la cavité de l'ancien kyste on voit les racines saines de la première grosse molaire.

Lavage de la cavité au savon.

11 mai. — Très bien, pas d'odeur, la cavité bourgeonne, le malade a fait des lavages d'eau oxygénée, on résèque le bord alvéolaire entre la canine et la première prémolaire absentes.

13 mai. — Le bon état se maintient, pas de suppuration.

17 mai. — Cavité très diminuée, bourgeonne activement, on enlève encore quelques esquilles du bord alvéolaire.

24 mai. — Cavité très réduite.

21 octobre. — Cavité pas encore totalement comblée. Les racines de la première grosse molaire sont à découvert, la muqueuse est saine.

12 juin. — Guérison maintenue. Les racines de la première grosse molaire restent à découvert, il en résulte une gouttière,

un balcon, une espèce de saillie où séjournent les aliments. M. le Dr Rodier décide la résection et l'obturation des racines.

IV

22 novembre 1907. — Mme R..., quarante et un ans, vient consulter pour une grosse tuméfaction, molle, fluctuente, sans paroi osseuse externe. La tumeur est du volume d'une grosse noix, elle est très saillante en dehors et s'étend de la canine à la dent de douze ans. Elle est très régulièrement arrondie.

La malade nous dit avoir eu il y a cinq ans, une fluxion à ce niveau ; cette fluxion aurait donné issue à du liquide pendant un certain temps, puis la poche se serait refermée, puis de nouveau se serait ouverte et aurait persisté dans ce dernier état. Depuis trois ans l'entourage s'apercevait que la pommette de la malade augmentait constamment.

Injection de cocaïne, incision horizontale. Décortication avec spatule et coton. On ponctionne le kyste avec la pointe du bistouri, il s'en écoule le liquide jaunâtre caractéristique, la poche est saisie avec une pince de Péan. En la tirant au dehors on constate qu'elle est très adhérente en arrière sur toute sa surface, et en avant, seulement au niveau de la canine. On libère au bistouri ces points d'implantation et l'énucléation se fait complète en un seul fragment.

Savonnage, badigeonnage de teinture d'iode fraîche.

On extrait la deuxième prémolaire du haut à droite, point de départ de la tumeur et les racines externes de la première grosse molaire. La deuxième grosse molaire est très ébranlée.

25 novembre. — La cavité sent mauvais, il se fait des pla-

ques de sphacèle, la malade ayant négligé les savonnages prescrits.

Ne s'est plus représentée à la consultation.

V

Mme M. P..., quarante-huit ans n'a plus que sa dent de sagesse du haut à droite. On constate un gros kyste sur la paroi antérieure gauche du maxillaire supérieur. La paroi osseuse est dépressible mais sans crépitation. Les dents ont été extraites il y a sept ans, avant cette date, le kyste se vidait seul. Depuis, il s'est refermé, on l'aurait ouvert paraît-il, au bistouri, il y a trois ans. Du liquide noir mélangé de pus en serait sorti.

1er mai 1908. — Après injection de 2 centigrammes de cocaïne, incision, décollement du périoste, large fenêtre aux ciseaux dans la paroi osseuse, puis énucléation de la poche qui est extraite facilement entière.

Savonnage de la cavité. Badigeonnage de teinture d'iode. On recommande à la malade de faire elle-même des lavages avec un bourdonnet de coton savonneux.

4 mai. — Va très bien, la paroi se recouvre d'une membrane bourgeonnante jaunâtre. Le kyste paraît avoir été causé par une des incisives. Le sinus est intact.

8 mai. — Le mieux s'accentue, toujours pas de suppuration. Il y a deux jours, la malade n'avait pas fait de savonnage et le soir elle constatait une légère suppuration. Depuis l'opération très peu de douleurs.

1er juin. — La surface interne de la cavité est recouverte d'une muqueuse saine. Dimensions très réduites. Surfaces propres.

VI

Mme D... se fait extraire le 6 avril 1908 les deuxième prémolaire, première grosse molaire et dent de sagesse du haut à gauche, on constate sur le maxillaire supérieur du même côté un kyste, qui a sans doute été pris pour un abcès, on voit la cicatrice d'une incision au bistouri.

On procède le 13 avril à l'énucléation. Injection de cocaïne, incision horizontale, décollement. La poche est perforée et tirée à la pince de Péan. Il y a des adhérences en bas qui entraînent avec la poche quelques lamelles osseuses. Savonnage. Teinture d'iode. La malade a peu saigné et n'a presque pas souffert. La racine de la deuxième grosse molaire est saine. Elle perfore la paroi alvéolaire.

Le kyste partait de la première prémolaire du haut à gaugauche, s'étendait en haut jusqu'à la base de l'orbite et gagnait ensuite la voûte palatine. Communication avec le sinus. La cavité avait au moins le volume d'une mandarine, 51 millimètres d'avant en arrière, 32 de haut en bas.

1er mai. — La malade n'a pas fait les lavages prescrits et suppure légèrement. La communication avec le sinus s'est comblée, le souffle ne passe plus par la bouche, le nez étant fermé.

1er juin. — L'orifice externe est très réduit, du diamètre d'un porte-plume ordinaire. L'orifice sinusien est fermé.

VII

Enucléation complète d'un gros kyste du maxillaire supérieur droit par fragmentation de la poche

par H. RODIER (1).

Dans le courant de juillet, M. H. L..., quarante ans, se présente à Lariboisière porteur d'une grosse tuméfaction du maxillaire supérieur droit.

A ce niveau, il persiste les incisives, la canine, et la dent de sagesse.

La deuxième grosse molaire aurait été extraite il y a trois ans. Par l'alvéole béante, il s'écoula alors du pus et un liquide jaune-citron, puis un gros gonflement existant à ce niveau se serait immédiatement affaissé. Depuis un an, ce gonflement s'est reproduit et augmente progressivement.

Après examen, je diagnostique un gros kyste de Malassez, du volume d'un œuf ordinaire, et j'en décide l'extirpation que je renvoie à une des séances matinales du Congrès.

Le malade revient le 3 août à l'Hôtel-Dieu, et je fais séance tenante l'énucléation du kyste par fragmentation de la poche.

Après avoir circonscrit la tuméfaction par cinq piqûres sous-gingivales et injecté environ 1 centigramme et demi de chlorhydrate de cocaïne, je fais une longue incision horizontale allant de la dent de sagesse à la canine. La muqueuse étant refoulée et écartée en haut et en bas, la poche du kyste est mise à découvert et je la décolle à l'aide d'une spatule recourbée et de boulettes de coton. Mais en arrière et au niveau du rebord alvéolaire

1. (Henri Rodier. — Ier Congrès français de Stomatologie, Paris, 7 août 1907.)

je ne puis arriver à rompre les adhérences dues aux suppurations antérieures, et la poche est rompue.

Lorsqu'elle s'est vidée de son contenu jaune-citron et pailleté de cristaux cholestériques, j'en saisis la paroi avec une pince de Péan et j'attire en dehors en en continuant le décollement un premier et large lambeau auquel adhérait encore une lamelle osseuse. Puis je saisis à diverses reprises ce que je pus voir de la poche et j'extirpe de même quatre nouveaux lambeaux.

Jugeant l'énucléation complète, je fais dans la cavité des injections d'eau bouillie, puis des savonnages avec de grosses boulettes de coton et un badigeonnage de teinture d'iode fraîche, et je prie le malade de revenir le lendemain à la séance qui doit avoir lieu à l'hôpital Saint-Louis.

L'opération a été très peu douloureuse, mais sa durée (vingt minutes) a été très prolongée par une abondante hémorragie qui masquait le champ opératoire et forçait le malade à cracher constamment. Cette hémorragie a du reste disparu entièrement et sans intervention dès que l'énucléation fut terminée,

Le lendemain à Saint-Louis, nos collègues ont pu constater le parfait état de la cavité opérée (pas de suppuration, pas de gonflement de la région), le fond osseux de la cavité est blanc et net, sauf un petit fragment de poche de 1 centimètre environ qui est facilement détaché avec une précelle.

Nous avons pu alors constater les dimensions du kyste : étendu depuis la canine jusqu'à 1 centimètre et demi en arrière de la dent de sagesse, régulièrement ovoïde, il avait refoulé la cavité sinusienne jusqu'à la base de l'orbite, et mesurait 5 centimètres d'avant en arrière et 3 centimètres de haut en bas

Nous avons eu l'occation de revoir M. L..., le 7 octobre.

La guérison était à peu près complète. Il restait à combler une cavité grosse comme un pois à fond bourgeonnant. M. L..., avait cessé les injections depuis trois semaines.

Revu le 15 juin, il persiste un petit infundibulum recouvert d'une muqueuse saine normale.

OBSERVATION I (Personnelle)

Au mois de février 1908, arrivait à Laënnec à la consultation du Dr Pitsch, Mme P..., atteinte d'un kyste volumineux au niveau de l'incisive externe et de la canine du haut à gauche. La malade se plaignait de sa première prémolaire, sur laquelle on pouvait constater une carie très avancée avec destruction presque complète de la couronne. Après extraction, on voyait l'écoulement assez abondant d'un liquide jaunâtre que nous recueillions dans une éprouvette et que nous constations chargé de paillettes cristallisées de cholestérine. La malade était adressée au docteur Rodier qui l'opérait le 28 février, et nous communiquait le compte rendu de l'opération :

La deuxième prémolaire était très ébranlée, la canine était saine. Restaient encore de ce côté les deux incisives et la deuxième grosse molaire.

Ne restaient du côté droit que les incisives, la canine, le deuxième prémolaire et la deuxième grosse molaire.

A la place de la première prémolaire du haut à gauche restait un pertuis par lequel on voyait sourdre du pus et des bulles d'air lorsque l'on comprimait la région supérieur. Quand la malade soufflait, narines fermées, on ne constatait pas de communication avec le sinus.

Au niveau des grosses molaires et sous le zygoma on sent une grosse tuméfaction très dure, on perçoit la paroi osseuse sous la muqueuse gingivale. Le 28 février opération avec anesthésie par la cocaïne. La poche est énuclée par fragmentation, après avoir coupé aux ciseaux la paroi osseuse. La membrane du kyste est épaissie et recouverte de débris caséeux dans la partie inférieure.

L'opération terminée, on constate la présence d'une cavité très vaste en communication avec le sinus (65 millimètres sur 27).

L'expiration nasale, narines fermées, laisse passer le souffle par une large ouverture en arrière et en bas.

Savonnage, grand lavage.

Le soir la malade a un peu d'œdème de la face, mais pas de douleurs.

2 mars. — En très bonne voie, pas de suppuration, pas d'odeur.

15 mai. — Le volume de la cavité est très réduit, elle n'a plus guère que la forme sphérique d'un diamètre de 11 millimètres avec une ouverture extérieure, réduite à 8 millimètres.

Pas de suppuration. L'orifice sinusien persiste.

OBSERVATION II (Personnelle)

M. M.., quarante-trois-ans, vient à la consultation du Dr Rodier à l'hôpital Lariboisière le 5 juin 1908. Il nous présente une assez grosse tuméfaction sur le côté gauche externe du maxillaire supérieur, cette tumeur est à peu près du volume d'une petite mandarine, elle est molle et se trouve au niveau des alvéoles des canines et prémolaires du haut à gau-

che, elle s'étend en arrière jusque sur le bord postérieur des racines de la dent de sagesse. Le malade nous dit avoir eu à ce niveau un abcès qui s'est ouvert il y a un an et demi, puis qui s'est refermé, et il aurait depuis assisté à l'évolution, au grossissement de sa tumeur.

Il manque du côté gauche l'incisive latérale, les deux prémolaires et la première grosse molaire. On voit une large carie sur la face distale de la deuxième grosse molaire. On fait le diagnostic de kyste et le malade est immédiatement opéré par un assistant du Dr Rodier, le Dr Fargin Fayolle et nous.

Injection de cocaïne, incision sur le bord inférieur de la tumeur. On tombe sur la poche du kyste, on détache les adhérences tantôt à la spatule, tantôt au bistouri. Ces adhérences sont très difficiles à rompre, la poche du kyste est ouverte, le liquide s'écoule, on saisit la tumeur entre les mors d'une pince de Kocher et on attire la poche en dehors en la libérant de ses adhérences profondes. Une fois la poche du kyste enlevée on mesure la cavité, elle a 49 millimètres dans le sens antéro-postérieur, 32 en hauteur et 27 en profondeur. La voûte palatine est résorbée.

Sur le plancher de la cavité, on voit sortir les racines de la deuxième grosse molaire.

Savonnage de la cavité, grand lavage.

Le malade est revu huit jours plus tard, il reste quelques débris de la poche, on les enlève à la pince. La plaie bourgeonne déjà et a très bel aspect.

OBSERVATION III (Personnelle)

M. B..., cocher, quarante-huit ans, vient le 5 mai à la consultation du Dr Pitsch, à l'hôpital Bichat. Il nous dit qu'au mois de mai on lui a enlevé la racine de sa canine et celle de sa première prémolaire. Le lendemain la région était très enflée, et le malade sentait sur sa gencive une tuméfaction qui sept ou huit jours après s'ouvrait en laissant écouler un liquide jaune contenant de petits cristaux. Nous constatons au moment de sa visite qu'il ne reste en haut à gauche que la dent de sagesse, à droite que la canine et la deuxième grosse molaire. Depuis la ligne médiane jusqu'au niveau de la deuxième prémolaire, nous constatons une grosse tuméfaction recouverte d'une muqueuse flasque et violacée. La fluctuation est peu sensible, le doigt en comprimant la région fait sourdre en jet du pus rougeâtre, sanguinolent, qui fuse par un petit orifice situé à la partie antéro-inférieure de la région intéressée.

Le Dr Pitsch fait le diagnostic de kyste suppuré qu'il opère avec nous par énucléation le mardi 12 mai 1908. A cette époque, rien n'était changé dans l'aspect général. Le malade nous raconte que le matin au réveil, il presse sur sa tumeur pour la vider et qu'il en extrait à peu près le contenu d'un verre à liqueur.

Dans la journée le kyste se remplit, la collection se reforme et la tumeur redevient dure. Après anesthésie à la cocaïne on fait une seule incision horizontale, on tombe sur du tissu lardacé, très adhérent au parties voisines, on fait l'énucléation à la spatule et au bistouri ; l'opération a duré un quart d'heure.

Elle a été très gênée par une hémorragie abondante qui ne

cesse qu'après la décortication de la poche. Savonnage de la cavité. Teinture d'iode.

19 mai. — La plaie a très bon aspect, le malade n'est nullement gêné il fait ses lavages après chaque repas. Il reste dans le fond de la cavité quelques petits débris de la paroi kystique qu'on enlève à la pince.

26 mai. — La plaie bourgeonne, l'orifice est déjà très diminué.

2 juin. — Toujours en très bonne voie de guérison. Dans quinze jours la cicatrisation sera complète.

CONCLUSIONS

Il faut venir presque en 1860 pour avoir sur la question des kystes dentaires un travail autorisé, à ce moment paraît le mémoire de Magitot.

Plus tard Malassez et Albarran, en 1888, établissent l'origine para-dentaire des kystes et seule cette théorie, bien exposée par Albarran, subsiste jusqu'à l'époque actuelle. Redier de Lille vient en 1907 assurer que les kystes volumineux peuvent provenir aussi du développement de petits kystes radiculaires.

Les kystes qui avaient été divisés en un certain nombre de classes répondant à des variations cliniques n'ayant rien d'absolu, peuvent être réunis sous l'appellation générale de kystes paradentaires, qui rappelle leur nature pathogénique.

Le développement de ces tumeurs se fait par une irritation continue, de cause diverse, qui réveillerait l'activité cellulaire latente des débris épithéliaux para-dentaires.

Magitot ne parle que d'infection microbienne cheminant par le canal dentaire. Il n'y aurait de kyste que sur une dent déjà cariée. On a reconnu aux kystes d'autres étiologies ; par exemple : l'irritation continuelle dans la mastication d'une dent longue et frappant seule sur les antago-

nistes, la rupture d'une couronne, etc. Il existe des kystes sur des dents sans caries et on peut ajouter que les dents dont la pulpe a été traumatisée peuvent, tout aussi bien qu'une dent cariée, être la source, l'origine de la formation kystique.

Il existe des kystes très petits, d'autres très volumineux. Les symptômes ne sont pas en relation directe avec le développement de la tumeur, mais tous les kystes, petits ou gros, doivent être opérés par énucléation dès qu'on les a diagnostiqués.

Le diagnostic des petits kystes est difficile, on ne peut souvent que les supposer. Les kystes volumineux sont d'une reconnaissance plus facile, grâce à leur siège, leur marche, leur consistance, leur contenu.

La marche de la tumeur est essentiellement chronique. Elle peut arriver à la suppuration. La guérison n'est jamais spontanée et ce n'est pas assister à une guérison que de voir la poche s'éliminer par suppuration pendant une durée de plusieurs mois, plusieurs années quelquefois. Si la poche est lente à s'ouvrir et à s'infecter, le kyste augmente en volume et s'étend dans la région voisine. Ebranlement des dents de tout un côté, envahissement du sinus, déformation de la face. L'évolution de ces kystes commande donc l'opération.

Il existe de nombreuses méthodes pour le traitement de ces tumeurs : ouverture simple — ouverture suivie de drainage — grattage de la paroi. Injections de liquides modificateurs. Tous ces procédés ont leurs partisans mais, si quelques-uns assurent également la guérison, tous ne préviennent pas la récidive et la multiplicité des panse-

ments, la durée du traitement, doivent leur faire préférer la méthode de Rodier : l'énucléation de la tumeur.

Cette méthode comprend les divers temps suivants:

Anesthésie locale , incision, énucléation complète de la poche, savonnage de la cavité, badigeonnage de teinture d'iode.

Le malade après chaque repas fait un lavage lui-même avec un bourdonnet de coton savonneux.

Avantages : Opération rapide. Enlèvement complet de la poche, donc pas de récidive. Pas de suppuration comme avec les injections modificatrices, cependant : légère restriction pour les kystes volumineux, où l'énucléation de la poche entière est quelquefois difficile à cause des adhérences anciennes.

Suites opératoires simples, guérison rapide sans déformation ou perte de substance appréciable.

Pour le malade pas de pertes de temps occasionnées par les visites nombreuses que nécessitent les autres traitements.

Vu : le Président de la thèse,
ALBARRAN

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Scultet. — Commentarium chirurgicum, 1654, p. 222.

Hallet. — Thèse, 1750.

Jourdain. — Traité des Maladies de la Bouche, 1778, vol. I, p. 119.

Delpech. — Chirurgie clinique, 1828, p. 118.

Dupuytren. — Leçons orales de Clinique chir., II, p. 470.

Diday. — Thèse d'Agrégation sur les Maladies des Os de la face, 1839.

Forget. — Thèse de Paris, 1840. Recherche sur les Kystes des os Maxillaires et leur Traitement.

Guibout. — Union médicale, p. 449.

— Bulletin de la Société anatomique, 1847, p. 391.

Forget. — Mémoire de la Société de Chirurgie, 1852, t. III, p. 229.

Nélaton. — Kyste dentaire du Maxill. supérieur gauche. Bulletin de la Société anatom., 1856, p. 489.

Chassaignac. — Discussion sur le Procédé opératoire, du Kyste du Maxillaire. Bulletin de la Société de Chirurgie, mars 1859.

Magitot. — Mémoire sur les Tumeurs du Périoste dentaire. Bulletin de la Soc. de Chirurgie, 1859

Robin et Magitot. — Genèse et développement des Follicules

dentaires. Journal de Physiologie, 1861, IV, p. 78.

Broca. — Kystes dentaires dans le Traité des Tumeurs. Paris, 1869, t. II, p. 53.

Magitot. — Essai sur la Pathogénie des Kystes et Abcès des Mâchoires. Gazette des Hôpitaux, 1869, p. 245.

— Kystes des Mâchoires. Archives générales de médecine, 1872-1873.

Verneuil. — Kyste périostique du Maxillaire Progrès médical, 1874, p. 73.

— Tumeur polikystique du Maxillaire inférieur. Bull. de l'Acad. de Médecine, 1875, p. 664.

Cruet. — Leçon de Magitot sur les Kystes des Mâchoires. Gazette hebdomad. de Médecine et de Chirurgie, 1876.

Verneuil. — Discussion sur les Kystes du Maxillaire. Bull. de la Société de Chirurgie, 1878.

Magitot. — Kystes dentaires périodiques Société de Chirurgie, 1882.

— Origine des Kystes des Mâchoires. Société de Biologie, 1884.

— Gazette des Hôpitaux, 1884.

Malassez. — Pathogénie des Kystes des Mâchoires. Bull. de la Société de Biologie, 1884, p. 176.

— Débris épithéliaux para-dentaires et leur rôle. Archives de Physiologie, 1885, 3e série, V, p. 369, VI, p. 362.

Magitot. — Discussion sur l'Origine des Kystes radiculo-dentaires. Congrès de Chirurgie française, 1886.

Albarran. — Kystes dentifères et leur pathogénie. Bull. de la Société anatomique, 1887. p. 497.

Magitot. — Kyste ouvert dans le Sinus. Bullet. de la Société de Chirurgie, 1887, p. 555.

Albarran. — Kyste des Mâchoires. Revue de Chirurgie, 1888, p. 429-716.

Malassez. — Présentation de l'Iter et du Gubernaculum dentis. Bullet. de la Soc. de Biologie, 1878, p. 509.

Albarran et Marchant. — Kyste dentifère du Sinus pris pour un Sarcome. Bull. de la Société anatomique, 1889.

Routier. — Kyste dentigère du Maxillaire supér. Bull. de la Société de Chirurgie, 1890, p. 510.

Bouet (Ch.). — Etude critique sur la Pathogénie des Kystes des Mâchoires, 1891.

Le Dentu. — Epithélioma Kystique du Maxillaire inférieur. Semaine gynécologique, 1893.

Pietkiewicz. — Société de Stomatologie, 1896.

Cruet. — Hygiène et Thérapeutique des Maladies de la Bouche et des Dents, p. 201. Paris, 1899.

Jacques et Michel. — Etude des Kystes dentaires du Maxillaire supérieur. Revue hebdomad. de Laryngologie de Bordeaux, 1900, I, p. 305.

Raoult. — Du Choix de l'Intervention opératoire dans les Kystes paradentaires. Annales des Maladies de l'Oreille et du Larynx, janvier 1902, p. 29.

Bouyssou. — Traitement des Kystes para-dentaires. Thèse, Paris, 1903.

Tellier (Julien). — Des Kystes des Mâchoires d'origine dentaire. Annales Dentaires, décembre 1905.

Redier. — Note sur la Pathogénie des Kystes radiculo-dentaires. Congrès de Stomatologie, 1907.

Jacques. — Symptômes, Diagnostic et Traitement des Kystes para-dentaires. Odontologie, 30 oct. 1907.

Mahé (G.). — Pathogénie et Traitement des Kystes alvéolo-dentaires. Annales Dentaires, fév. 1908.

Rodier (Henri). — Note sur l'Enucléation des gros Kystes des Mâchoires.

Imp. spéciale de la librairie Rousset, 12, rue Monsieur-le-Prince, Paris.